



Centraal Planbureau

Solidariteit onder druk? *Zorg op maat heeft toekomst*



CPB Policy Brief | 2013/01

De prijs van gelijke zorg

Albert van der Horst
Harry ter Rele

Samenvatting

De solidariteit in het Nederlandse zorgstelsel komt onder druk te staan. Mensen met een hoger inkomen dragen het meest bij aan de collectieve kosten van zorg, terwijl het zorggebruik door mensen met een lage opleiding anno 2011 groter is dan het zorggebruik door mensen met een hogere opleiding. Deze grote mate van solidariteit komt onder druk te staan als het zorggebruik verder toeneemt. De nu geldende uniformiteit in de gezondheidszorg sluit steeds slechter aan bij de wensen van zowel arme als rijke mensen. In het huidige zorgstelsel kunnen mensen met een laag inkomen niet kiezen voor een kleiner zorgpakket ten gunste van andere bestedingen en hebben mensen met een hoger inkomen weinig mogelijkheden om te kiezen voor betere zorg.

Opgeteld over de hele levensloop is het zorggebruik door mensen met alleen basisonderwijs gemiddeld ongeveer 3 duizend euro per jaar terwijl dit voor hoogopgeleiden 2 duizend euro is. Het omgekeerde patroon is zichtbaar bij de financiering. Anno 2011 draagt iemand met een hbo/wo opleiding bijna 4 duizend euro per jaar bij aan de collectieve zorgvoorzieningen en iemand met een vmbo-opleiding ongeveer 2 duizend euro.

Als het zorggebruik net zo hard blijft stijgen als in het afgelopen decennium neemt het gemiddelde jaarlijkse zorggebruik in het leven voor mensen met alleen een basisopleiding toe van 40% van zijn inkomen in 2011 naar 70% in 2040, een toename met 6 duizend euro. Ook in een meer gematigd scenario neemt het zorggebruik met ruim 3 duizend euro toe. Dat is hoog in vergelijking met de ontwikkeling van het bruto inkomen dat in dezelfde periode met ongeveer 5 duizend euro toeneemt. Voor mensen met een hoge opleiding neemt het zorggebruik minder toe (met 2 tot 4 duizend euro), terwijl hun bruto inkomen veel sterker stijgt. Door verkleining van het basispakket of verhoging van het eigen risico kan de zorg beter worden afgestemd op individuele voorkeuren.

Stijgende collectieve zorgkosten versterken het dilemma tussen verdeling van inkomen en economische doelmatigheid. Een keuze om de lasten van de stijgende zorguitgaven vooral bij de hoge inkomens te leggen, bijvoorbeeld door de inkomensafhankelijke bijdrage aan de Zvw en AWBZ te verhogen, gaat ten koste van de economische groei. Het alternatief om de lasten gelijk te verdelen, bijvoorbeeld via een verhoging van de nominale premie, betekent dat een groot deel van de inkomensstijging voor de laagste inkomens tot 2040 opgaat aan extra uitgaven voor zorg.

1 Inleiding

In Nederland wordt 83% van de zorg collectief gefinancierd, vooral vanuit de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ).¹ Hierdoor kan iedereen een beroep doen op gezondheidszorg en worden de lasten door de samenleving als geheel gedragen. In het afgelopen decennium zijn de zorgkosten sterker gegroeid dan het nationaal inkomen. Dit is een logisch gevolg van vergrijzing en een uiting van de (impliciete) wens om een groeiend deel van onze rijkdom aan goede zorg te besteden. Naar verwachting neemt in de komende decennia de uitgaven aan zorg verder toe, zoals Van der Horst, Van Erp en De Jong (2011) hebben laten zien in de CPB Policy Brief 2011/11 'Trends in gezondheid en zorg'. De centrale vraag in deze policy brief is wat deze groei betekent voor de herverdeling in de zorg, zowel het gebruik als de financiering. Wat zijn de gevolgen voor de toegankelijkheid tot zorg, voor mensen met verschillend opleidings- en inkomensniveau? Hoe kunnen de collectieve lasten van zorg verdeeld worden, zodat de gezondheidszorg voor lage en hoge inkomens betaalbaar blijft?

Iedereen kan een beroep doen op geneeskundige zorg, waarvan het grootste deel vergoed wordt vanuit het basispakket. Deze zorg wordt gefinancierd door middel van:

- de basispremie Zvw, die voor lage inkomens gecompenseerd wordt door de zorgtoeslag,
- een inkomensafhankelijke Zvw-bijdrage
- een aanvulling vanuit de algemene middelen.

De eigen betalingen in de curatieve zorg zijn beperkt en bestaan vooral uit het eigen risico en het deel dat buiten het basispakket valt. Iedere Nederlander kan daarnaast ook gebruik maken van langdurige zorg, zowel via thuiszorg als via verpleeg- en verzorgingstehuizen. De langdurige zorg voor zowel ouderen als gehandicapten wordt hoofdzakelijk gefinancierd uit een inkomensafhankelijke AWBZ-premie en daarnaast uit inkomensafhankelijke eigen bijdragen. Deze wijze van financiering betekent dat de gezondheidszorg in Nederland voor iedereen toegankelijk is, ook voor mensen met een laag inkomen.

Zowel het gebruik als de financiering van zorg verschilt sterk tussen mensen met een verschillende opleiding. Mensen met alleen basisschool of met een vmbo-diploma maken meer gebruik van de gezondheidszorg dan mensen met een hogere opleiding. Voor iemand met een basisopleiding vormt het zorggebruik gemiddeld over het leven ruim 40% van zijn inkomen, waarvan hij of zij een groot deel niet zelf betaalt maar deze vergoed krijgt uit de collectieve middelen. Het omgekeerde patroon geldt voor mensen met een hogere opleiding. Zij dragen gemiddeld meer bij aan de financiering van de zorg dan ze zelf aan zorg gebruiken.

¹ De cijfers in deze Policy Brief zijn gebaseerd op het Achtergronddocument van Ter Rele en Van der Horst (2013) dat op de CPB-website gepubliceerd is.

Deze ongelijkheid in zorggebruik en financiering wordt verder uitvergroot als de zorg in de komende decennia blijft groeien. Met deze sterke groei neemt gezondheidszorg een unieke positie in. Als de trends van de afgelopen jaren doorzetten is zorg bij uitstek de grote groeier van de collectieve uitgaven. Dit betekent dat ook de vraag naar herverdeling van de totale collectieve uitgaven en lasten, waar zorg een steeds groter onderdeel van vormt, een belangrijk zorgthema is.

De verschillen in zorggebruik en financiering naar opleiding wordt in kaart gebracht met een meting *over de hele levensloop*. Hierin wordt het beroep op zorg dat mensen gedurende hun leven doen bij elkaar opgeteld. Twee argumenten ondersteunen deze levensloopbenadering. Ten eerste de ongelijke fasering van zorggebruik en premiebetaling. De grootste premiebetaling doet men in de werkzame periode, terwijl het zorggebruik geconcentreerd is in de laatste levensjaren. Deze ongelijke fasering geldt voor iedereen, ongeacht opleiding. Door zowel deze lasten als lusten op te tellen over de levensloop wordt voorkomen dat het beeld van herverdeling tussen hoge en lage opleidingsgroepen vertroebelt. Ten tweede is bekend dat mensen met een hogere opleiding langer leven. Het is ook bekend dat veel zorgkosten in de laatste levensfase worden gemaakt. Hierdoor geldt dat een 70-jarige hbo-er gemiddeld genomen lagere zorgkosten heeft dan zijn jaargenoot met een lagere opleiding.

Twee dimensies van herverdeling en solidariteit blijven onderbelicht in deze policy brief. De eerste is de *intergenerationele* herverdeling, het vraagstuk of de huidige bevolkingscohorten meebetalen aan de zorgkosten van komende generaties, of juist bij hen een deel van de zorgrekening neerleggen. Dit intergenerationele vraagstuk is onderdeel van de totale overdrachten tussen generaties, waarop wij in *Vergrijzing Verdeeld* (Van der Horst e.a., 2010) uitgebreid zijn ingegaan. De tweede dimensie is de herverdeling tussen ziek en gezond. Wij richten ons op het gemiddelde zorggebruik en de gemiddelde bijdrage per opleidingsgroep. Het feit dat binnen deze groep grote ongelijkheid bestaat, onder andere de kans op ziekte, blijft hier buiten beschouwing. Het vraagstuk van de financiering van de zorg voor verstandelijk gehandicapten komt ook niet aan de orde. Het betreft hier een bijzondere groep van een kleine aantal mensen (1% van de bevolking) met hoge zorgkosten, maar vaak zonder eigen inkomen.² Het is duidelijk dat goede zorg voor deze groep mensen niet kan zonder een solidair stelsel.

2 Verdeling van lusten en lasten

Uit eerdere studies (RIVM, 2010, Kunst e.a. 2007) is bekend dat mensen met een lage opleiding minder gezond zijn en meer zorg gebruiken dan mensen met een hoge opleiding. Tegelijkertijd is het ook een feit dat mensen met alleen een basisopleiding korter leven dan degenen met een hbo

² In het achtergronddocument bij deze Policy Brief wordt duidelijk gemaakt hoe de kosten van gehandicaptenzorg zich verhoudt tot het totale zorggebruik.

of universitaire opleiding. Dit is echter niet tegen elkaar weg te strepen. Ook over hun hele leven hebben mensen met een lagere opleiding meer zorg nodig. Daarin speelt een aantal factoren een rol. Mensen met een hogere opleiding zijn gemiddeld genomen gezonder en hebben daardoor minder zorg nodig. Wel leven zij ook langer en hebben ook zij in de laatste levensfase zorg. Daarbij speelt er een zogenaamd 'samenstellingseffect'. Zeker voor de oudere bevolkingsgroepen geldt dat vrouwen gemiddeld minder hoog opgeleid zijn dan mannen. Tegelijk is hun beroep op de zorg groter, met name de langdurige zorg, doordat hun echtgenoten veelal eerder overlijden en dus ook niet voor hen kunnen zorgen. Een derde factor is een gedragseffect, waarbij mensen met dezelfde ziekte of beperking toch een andere beroep op zorg kunnen doen. Bijvoorbeeld doordat mensen met een hoger inkomen kiezen voor private vormen van zorg.

Levensloop of per jaar?

In deze policy brief ligt de nadruk op verschillen in gebruik en financiering van de zorg door mensen met een verschillend opleidingsniveau. Dit verschil komt het best tot uiting in een vergelijking van cijfers voor de levensloop.

Het eerste voordeel van cijfers op basis van de levensloop is dat het integraal rekening houdt met verschillen in fasering naar leeftijd van zorgkosten en zorggebruik. De tabel verduidelijkt het belang van verschil in fasering. Het laat zien dat op 35-jarige leeftijd zowel iemand met een vmbo als met hbo/wo opleiding meer voor zorg betaalt dan zelf voor zorg nodig heeft. Voor beiden is dit op 75-jarige leeftijd omgedraaid: is het netto gebruik positief geworden. Dat geldt vooral voor de vmbo'er, die echter een lagere levensverwachting heeft. Een berekening over de levensloop houdt rekening met deze verschillen in fasering van lusten en lasten en verschillen in levensverwachting. Al het zorggebruik van een vmbo'er in zijn of haar leven wordt bij elkaar opgeteld en vervolgens gedeeld door de levensverwachting (zie het achtergronddocument op de CPB-website van Ter Rele en Van der Horst voor nadere toelichting op de berekening). Dat laat zien dat een vmbo'er meer van zorg gebruik maakt dan via hij of zij via premies en belastingen betaalt. Het netto gebruik van een vmbo'er is dus positief, voor iemand met een hbo/wo-opleiding is het negatief.

Zorgkosten per jaar of over de levensloop, dzd euro

		Berekening per jaar		Levensloop
		35 jaar	75 jaar	Gemiddeld per jaar
VMBO	Zorgconsumptie	1,5	11,0	3,3
	Zorglasten	3,6	2,3	2,2
	Netto gebruik	-2,1	8,8	1,1
HBO/WO	Zorgconsumptie	1,3	6,4	2,2
	Zorglasten	6,3	5,3	3,9
	Netto gebruik	-5,0	1,1	-1,7

Het tweede voordeel van de levensloopbenadering is dat rekening gehouden wordt met verschil in levensverwachting. Belangrijke aspecten bij de herverdeling zijn het verschil in betaalde premies en ontvangen zorg. De premies die iemand betaalt is mede afhankelijk van de werkzame periode, de ontvangen zorg is mede afhankelijk van de levensduur. Een dwarsdoorsnede op jaarbasis geeft de helft van het plaatje weer, maar mist de dimensie van het aantal jaren dat iemand premie betaalt en zorg gebruikt.

Tabel 1 geeft inzicht in de verdeling van de zorgconsumptie tussen mensen met verschillende opleiding.³ De zorgconsumptie meet het gebruik van zorg dat mensen met een bepaalde opleiding gemiddeld jaarlijks in hun leven maken (zie box *Levensloop of per jaar* voor een toelichting). Neem bijvoorbeeld iemand met een vmbo-diploma die gemiddeld 81 jaar wordt.⁴ Gedurende haar of zijn leven varieert het zorggebruik van gemiddeld 1500 euro in de leeftijd van 0 tot 45 jaar tot 24 000 euro boven de 80 jaar. Gemiddeld genomen komt dit overeen met een bedrag van 3200 euro per jaar, hetgeen voor deze persoon neerkomt op 34% van het gemiddelde bruto inkomen over de levensloop.

Tabel 1 Gemiddelde zorgconsumptie en zorglasten per opleidingsgroep, 2011

	Opleidingsniveau			
	basisschool	Vmbo	Mbo/havo/vwo	Hbo/wo
Zvw	dzt euro's per jaar ¹			
Zorgconsumptie	2,1	2,2	1,8	1,7
Zorglasten	1,2	1,4	1,7	2,2
AWBZ	dzt euro's per jaar ¹			
Zorgconsumptie	1,1	1,0	0,4	0,4
Zorglasten	0,6	0,8	1,2	1,7
Totaal (Zvw + AWBZ)	dzt euro's per jaar ¹			
Zorgconsumptie	3,2	3,2	2,2	2,0
Zorglasten	1,8	2,2	2,9	4,0
Totaal (Zvw + AWBZ)	% inkomen			
Zorgconsumptie	40,8	33,7	17,4	10,6
Zorglasten	22,8	23,1	22,7	20,5
Netto gebruik	18,0	10,5	-5,3	-9,9

¹ Deze tabel presenteert het zorggebruik en de zorglasten, waarbij het zorggebruik over de levensloop wordt gemeten, uitgaande van de arrangementen van 2011. De cijfers worden gepresenteerd als gemiddelde jaarlijkse bestedingen en lasten.

Het zorggebruik neemt sterk af met opleiding. Zo maakt iemand met alleen basisonderwijs jaarlijks voor ruim 3 duizend euro gebruik van de zorg, anderhalf keer zoveel als iemand met hbo/wo opleiding. Nadere analyse laat zien dat dit verschil in zorggebruik vooral komt door ongelijk beroep op de AWBZ. Mensen met een hogere opleiding maken relatief weinig gebruik van AWBZ-zorg (gemiddeld 400 euro per jaar), dan mensen met een vmbo opleiding (1000 euro) of basisopleiding (1100 euro). Dit komt vooral doordat mensen met een lagere opleiding een groter beroep doen op de collectief gefinancierde zorg, terwijl mensen met een hogere opleiding langer thuis blijven wonen en hun zorg vaker zelf regelen en financieren (SCP, 2012).

³ Wij beperken ons in de policy brief tot de collectief gefinancierde zorg, zoals gefinancierd uit de Zvw en AWBZ. Het eigen risico en de particulier gefinancierde zorg zitten dus niet in de berekeningen.

⁴ De verschillen in levensverwachting in deze studie zijn ontleend aan TNO (2002). Deze wijken enigszins af van de verschillen die zijn berekend door het CBS.

De verschillen naar opleiding zijn veel kleiner bij het gebruik van geneeskundige zorg. Het beroep op de collectieve voorzieningen varieert van 1700 euro voor mensen met een hbo/wo opleiding tot 2200 euro voor mensen met een vmbo-opleiding. Dit verschil wordt grotendeels verklaard doordat mensen met een lagere opleiding een slechtere gezondheid hebben. Een duidelijke aanwijzing hiervoor is de levensverwachting zonder lichamelijke beperkingen en zonder chronische ziektes. Voor mensen met een hbo/wo opleiding is die op dit moment ruim 13 jaar respectievelijk 11 jaar langer dan voor iemand met een basisopleiding (CBS, Statline). Dit beeld wordt bevestigd in een econometrische studie van Kunst e.a. (2007). Deze studie laat zien dat de verschillen in zorggebruik grotendeels verklaard worden door verschillen in gezondheid, waarbij mensen met een lagere opleiding minder gezond zijn en daarom meer zorg nodig hebben. Dat hoger opgeleiden langer leven en daardoor langer gebruik maken van zorg, weegt in termen van zorgkosten over de levensloop niet op tegen het effect van de gezondheidsverschillen.

De financiering van de zorg vertoont het omgekeerde patroon. Rekening houdend met het door de werkgever betaalde inkomensafhankelijke deel van de zorgpremie betalen mensen met een hogere opleiding twee keer zoveel voor zorg als mensen met een basis of vmbo opleiding. Zij betalen dus zowel voor hun eigen zorg als voor de zorg van mensen uit de lagere inkomensklassen. Voor mensen met een hbo/wo opleiding bedraagt het verschil tussen gebruik en betaling per jaar gemiddeld 1900 euro, hun hele leven lang. Dat komt neer op 10% van hun inkomen (zie netto gebruik in Tabel 1). Dit verschil is een indicatie van de prijs van de solidariteit van hoogopgeleiden in het huidige zorgsysteem.

3 Het zorggebruik bij stijgende zorgkosten

Wat gebeurt er met de solidariteit in de zorg als de zorguitgaven verder stijgen? Voor een antwoord op deze vraag wordt gebruik gemaakt van twee scenario's uit de recente CPB-studie over trends in gezondheid en zorg (Van der Horst e.a., 2011), waarin vier scenario's worden geschetst voor de ontwikkeling van de zorguitgaven. De twee scenario's die hier worden gebruikt verschillen met name in de kostenstijging. Het scenario *Betere zorg* wordt gekenmerkt door hoge groei van de zorguitgaven. Dit scenario kan worden gezien als een voortzetting van de ontwikkeling van de afgelopen 10 jaar, waarbij de reële zorguitgaven jaarlijks met 4% groeide. Deze groei komt deels door demografische factoren, maar is vooral toe te schrijven aan de toename van de kwaliteit en kwantiteit van het zorggebruik per individu. In het *Trendmatige* scenario vlakkt de groei af tot ruim 3% per jaar, met name door de lagere groei van de kwaliteit en kwantiteit van het zorggebruik.

Tabel 2 presenteert de verdeling van het zorggebruik tussen verschillende opleidingsniveaus bij verdere groei van de zorguitgaven. Als de zorg zou blijven zoals in 2011, namelijk 13% van het bbp, dan loopt het zorggebruik uiteen van 2 duizend euro per jaar voor een hbo/wo'er tot ruim 3 duizend euro voor vmbo'ers en mensen met basisopleiding. In het *Trendmatige* scenario verdubbelt het zorggebruik voor iedereen, waardoor met name de zorgkosten van mensen met een lagere opleiding sterk toenemen. In het *Betere zorg* scenario verdrievoudigt het Zvw-gebruik doordat iedereen meer en van betere zorg gebruik maakt. Het resultaat van deze stijging is dat het

zorggebruik van mensen met een lage opleiding toeneemt van 41% naar 71% van hun bruto inkomen, zorg waar zij overigens maar gedeeltelijk zelf voor betalen. Voor mensen met een hoge opleiding wordt het beroep op collectieve zorgregelingen voor hun eigen gebruik ongeveer een vijfde van hun inkomen.

Tabel 2 Zorggebruik naar opleiding (2011 en 2040)^a

	Opleidingsniveau			
	Basis	Vmbo	Mbo/havo/vwo	Hbo/wo
Gemiddeld gebruik in dzd euro's				
2011-regelingen	3,2	3,2	2,2	2,0
Toename, scenario 'Trendmatig'	3,3	3,2	2,2	2,0
2040, scenario 'Trendmatig'	6,5	6,4	4,4	4,0
Toename, scenario 'Beter zorg'	6,1	5,9	4,3	3,9
2040, scenario 'Beter zorg'	9,3	9,1	6,5	5,9
Gemiddeld gebruik in % bruto inkomen				
2011-regelingen	40,8	33,7	17,4	10,6
Toename, scenario 'Trendmatig'	9,6	7,7	3,8	2,3
2040, scenario 'Trendmatig'	50,4	41,4	21,2	12,9
Toename, scenario 'Beter zorg'	30,2	24,5	13,6	7,8
2040, scenario 'Beter zorg'	71,0	58,2	31,0	18,4

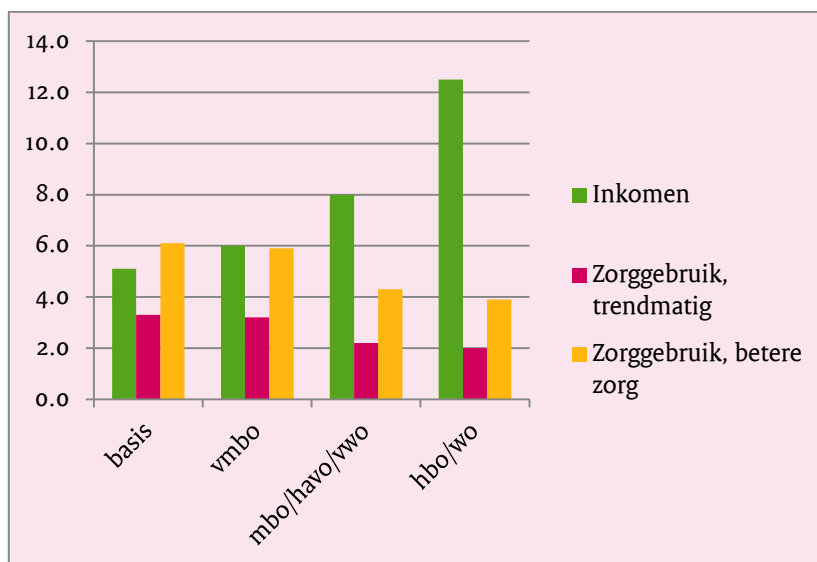
^a Collectieve zorgconsumptie per opleidingsgroep volgens de zorgregelingen van 2011 en 2040. De zorgconsumptie is berekend als de optelsom over de hele levensloop, waarvan vervolgens het gemiddelde per levensjaar is bepaald.

Het zorggebruik per persoon verandert doordat de jaarlijkse zorguitgaven sterker toenemen dan het inkomen, bijvoorbeeld doordat zorg duurder wordt of doordat bepaalde aandoeningen beter behandeld kunnen worden. Voor bevolkingsgroepen die nu al relatief veel zorg nodig hebben neemt het zorggebruik sterk toe, vooral in het scenario *Beter Zorg*, waardoor de verhouding met hun inkomen schever wordt. Dit betreft dus met name mensen met basis en vmbo opleiding. Hun zorggebruik neemt in het scenario *Beter zorg* toe met bijna een kwart van hun inkomen.

Deze ontwikkeling van het zorggebruik in verhouding tot het inkomen wijst op een belangrijk dilemma ongeacht het scenario: wil men gelijke zorg, of wil men meer gelijkheid in andere bestedingsmogelijkheden? Immers, bij ongewijzigd beleid neemt het zorggebruik van alle mensen sterk toe, ongeacht hun opleiding. Zowel mensen met een hogere als met een lagere opleiding krijgen meer en betere zorg. Deze toename gaat echter ten koste van de overige bestedingen, zoals aan onderwijs, voeding, kleding of luxe artikelen. Een cijfervoorbeeld kan deze keuze voor mensen met een lagere opleiding verhelderen. Neem iemand met een basisopleiding. Figuur 1 laat zien dat zijn of haar inkomen met ongeveer 5 duizend euro per jaar toeneemt in de periode tot 2040. Deze persoon heeft anno 2011 veel zorg nodig. In de periode tot 2040 neemt het jaarlijks zorggebruik van deze persoon in het *Beter Zorg scenario* toe met 6 duizend euro. Deze persoon krijgt de volgende keuze voorgelegd: 6 duizend voor meer en betere zorg of dit bedrag in de vorm van vrij besteedbaar inkomen. Valt de keuze op de beste zorg die in 2040 voor handen is, dan neemt het beschikbaar

inkomen niet of nauwelijks toe.⁵ Maar wordt er gekozen voor zorg van uitstekende kwaliteit, net zo goed als het huidige kwaliteitsniveau, dan neemt het beschikbaar inkomen wel sterk toe. Een keuze voor de tweede optie is een indicatie dat een sterke groei van collectief gefinancierde zorguitgaven leidt tot overconsumptie van zorg door mensen met een laag inkomen. Hun zorggebruik wordt bepaald door de sterke groei van de Zvw en AWBZ. Zij geven echter de voorkeur aan een groter besteedbaar inkomen en een sobere zorgregeling.

Figuur 1 Stijging van zorggebruik en inkomen tussen 2011 en 2040, gemiddelden over het leven (in dzd euro per jaar)



Het zorggebruik sluit beter aan bij individuele voorkeuren als variatie in het zorggebruik mogelijk is. Deze variatie in zorggebruik ligt voor de hand als het zorggebruik verder stijgt. Vooral mensen met een lagere opleiding hebben minder baat van een extra euro zorg dan voor een extra euro inkomen. Neem iemand met een vmbo opleiding. In de komende 30 jaar neemt zijn of haar inkomen naar verwachting met 6 duizend euro toe. In dezelfde periode neemt het zorggebruik toe met 3 duizend euro in het *trendmatig* scenario tot 6 duizend euro in het scenario *Betere Zorg*. Voor iemand met een hogere opleiding gaat slechts een derde van het extra inkomen op aan zorg. Door het collectieve karakter vormt zorg dus een veel kleiner bestedingsaandeel voor een hoogopgeleide dan voor iemand met een lagere opleiding en lager inkomen. Deze baten van zorg op maat moeten worden afgewogen tegen de voordelen van een uniform zorgstelsel.

Een keuze voor differentiatie in zorg voor mensen met een verschillend inkomen kan op een aantal manieren worden vormgegeven. Het beknopte bestek van een policy brief is ongeschikt om hier

⁵ De vraag of het besteedbaar inkomen toeneemt hangt af van de wijze van financiering van stijgende zorguitgaven. Hoofdstuk 4 gaat daar verder op in.

verder op in te gaan, anders dan het geven van twee voorbeelden. In het voorjaar van 2013 zal het CPB een boek over de zorg uitbrengen, waarin de vormgeving van het zorgstelsel uitgebreid besproken wordt. Er kan meer worden gevarieerd in het zorgpakket, waarbij het basispakket kleiner wordt ten gunste van aanvullende verzekeringen of andere private financieringsvormen. Een alternatief is om het brede basispakket te combineren met een verdere verhoging van het eigen risico, waarbij mensen met een lager inkomen gecompenseerd kunnen worden voor hogere private zorgkosten. De consequentie van deze keuze is dat zorg minder collectief en meer op alternatieve manieren wordt gefinancierd.

4 Financiering, als de zorguitgaven stijgen

De stijging van de collectieve zorguitgaven leidt tot een tweede verdelingsvraag: wie gaat ervoor betalen? De keus is tussen gelijke lasten voor iedereen of het verdelen van de lasten naar rato van het inkomen. In de berekeningen wordt opnieuw een levensloopbenadering gehanteerd, met de som van alle belastingen en premies die voor zorg worden aangewend. Aangenomen wordt dat de financiering van de zorg wordt gedragen door dezelfde leeftijdscohorten die profiteren van de geleverde zorg.

Hogere belastingen of premies zouden niet nodig zijn als tegelijk met de collectieve uitgaven ook de inkomsten van de overheid toenemen. Van der Horst e.a. (2010) laten zien dat als de bevolking ouder wordt niet alleen de zorguitgaven stijgen, maar ook de belastingopbrengsten toenemen.⁶ Maar zelfs als deze belastingopbrengsten worden aangewend voor zorg is dit ontoereikend om de groei van de zorguitgaven op te vangen. Bezuinigen of lastenverzwaring blijven nodig.

Het is belangrijk om onderscheid te maken tussen twee belangrijke oorzaken van de stijging van de zorguitgaven. De eerste component is de vergrijzing in de komende decennia. In een samenleving met meer ouderen stijgen de zorguitgaven. Door de huidige omslagfinanciering in de collectieve zorg moeten dan ook de zorgpremies of belastingen stijgen. Het resultaat is dat voor een groter deel van de bevolking het saldo van zorggebruik en premiebetaling negatief wordt. Met andere woorden, door vergrijzing neemt de herverdeling van hoger- naar lager opgeleiden toe. De tweede component is de stijging van de zorgkosten, door betere en/of duurdere zorg. Hier ligt de nadruk op deze tweede component. Wederom worden de twee scenario's gebruikt uit de vorige paragraaf.⁷

⁶ Voor zover de collectieve zorguitgaven groeien door demografie vormen zij onderdeel van het houdbaarheidstekort, dat in door de voorgenomen plannen van het kabinet Rutte-Asscher, is omgeslagen in een overschot van 1% bbp, zie CPB (2012b). Van der Horst e.a. (2010) laten zien dat hogere groei van de zorguitgaven met 1% per jaar het houdbaarheidstekort met ruim 3% bbp vergroot.

⁷ Technisch gesproken laten wij de intergenerationele herverdeling buiten beschouwing en brengen wij de intragenerationele herverdeling in kaart.

Tabel 3 Drie opties voor de financiering van hogere zorguitgaven

	Trendmatig scenario		Betere-zorgscenario	
	Nominale premie	Procentuele premie	Nominale premie	Procentuele premie
	euro	%	euro	%
(1) Hogere nominale premie	850		2750	
(2) Hogere inkomensafhankelijke premie		4,3		14,0
(3) Huidige beleidsmix	175	3,2	975	8,9

Tabel 3 schetst drie opties voor de financiering van de zorg. De eerste optie gaat uit van de keuze om iedereen in gelijke mate te laten meebetalen aan de extra zorg. In deze optie wordt de *stijging* van de zorguitgaven gelijk omgeslagen over iedere Nederlander ouder dan 18 jaar, ongeacht zijn of haar inkomen. Dit betreft zowel de stijging van de curatieve zorg (Zvw) als langdurige zorg (AWBZ). Anno 2040 wordt iedere Nederlander, ongeacht zijn inkomen, voor een bedrag van 850 tot 2750 euro extra aangeslagen.⁸ Dit grote verschil in extra premie komt doordat het zorggebruik in het scenario *Betere Zorg* 2 tot 3 duizend euro hoger is als in het *Trendmatige* scenario (zie tabel 2).⁹

Een alternatieve keuze is om de stijging van de zorguitgaven te financieren naar rato van het inkomen. Dan worden de hogere zorgkosten volledig gefinancierd uit inkomensafhankelijke premies. Onder de veronderstelling dat de extra premies worden geheven over alle schijven van de inkomensbelasting, is een premiestijging van 4 tot 14%-punt nodig, afhankelijk van het groeitempo van de zorguitgaven. De stijging met 14%-punt in het *Betere Zorg* scenario is nodig om de toename van het zorggebruik - variërend van 8 tot 30% van het inkomen, zie tabel 2 - te financieren. Bij het trendmatige scenario neemt het zorggebruik minder sterk toe en volstaat een premiestijging van 4%-punt.

Het huidige beleid (derde optie) kan gezien worden als een mix van deze twee opties. De stijging van de Zvw-uitgaven leiden dan tot een stijging van zowel de nominale premie als de inkomensafhankelijke werkgeversbijdrage. De hogere AWBZ-uitgaven worden gefinancierd uit een hogere AWBZ-premie. In het scenario met hoge groei neemt de nominale Zvw-premie met 975 euro toe en worden de inkomensafhankelijke premies voor Zvw en AWBZ samen 9%-punt hoger.

De consequenties van hogere premies voor de zorglasten van mensen met lage of hoge inkomens zijn zichtbaar in tabel 4. In 2011 was iedereen, ongeacht zijn of haar opleiding, ruim 20% van het

⁸ Om de vergelijking met de huidige situatie mogelijk te maken is de nominale premie uitgedrukt in verdiende euro's van 2011, waarbij gecorrigeerd is voor zowel de verwachte inflatie als de reële stijging van het inkomen.

⁹ De stijging van het zorggebruik is groter dan de premiestijging. De reden hiervoor is dat de premiestijging eerder in de levensloop plaatsvindt dan het zorggebruik. Bedragen in de toekomst worden sterker verdisconteerd dan bedragen uit meer nabije jaren.

bruto inkomen kwijt aan zorg.¹⁰ De rest van de tabel maakt inzichtelijk hoe de zorglasten toenemen door de stijging van de collectieve zorguitgaven, waarbij opnieuw onderscheid wordt gemaakt naar drie alternatieve financieringsvormen.

Tabel 4 Stijging van zorglasten, bij drie opties voor de financiering van stijgende zorguitgaven

	Stijging zorglasten				Arbeidsaanbod
	Basis	Vmbo	Mbo/havo/vwo	Hbo/wo	
	% levensinkomen ¹				%
2011, niveau	22,8	23,1	22,7	20,5	
Hogere nominale premie					
Trendmatig scenario	7,7	6,4	4,8	3,2	0,2
Betere-zorgscenario	24,4	20,3	15,1	9,9	0,8
Hogere inkomensafhankelijke premie					
Trendmatig scenario	4,3	4,3	4,3	4,3	-1,5
Betere-zorgscenario	14,0	14,0	14,0	14,0	-4,9
Huidige beleidsmix					
Trendmatig scenario	5,0	4,7	4,5	4,0	-1,1
Betere-zorgscenario	17,9	16,2	14,6	12,5	-2,9

¹ Verandering van zorglasten (in %bruto levensinkomen) en arbeidsaanbod (%beroepsbevolking) in 2011-2040.

De optie hogere nominale premie, waarbij iedereen hetzelfde bedrag betaalt, doet een grote aanslag op het vrij besteedbaar inkomen van mensen met een laag inkomen. Deze regeling met uniforme premies is wel gunstig voor hoge inkomens. In vergelijking met de toename van het inkomen is de groei van de nominale zorgpremie voor hen een relatief geringe last.

De tweede optie, hogere inkomensafhankelijke premie, doet daarentegen een groot beroep op de bereidheid van mensen met een hoog inkomen om mee te betalen aan zorg voor mensen met een lager inkomen. De zorglasten van mensen met een hbo/wo opleiding stijgen dan tussen 2011 en 2040 met 4 tot 7 duizend euro, terwijl hun zorggebruik met slechts 2 tot 4 duizend euro toeneemt (zie tabel 2).

¹⁰ De hoge inkomens dragen procentueel het minst bij, maar zij financieren een groter deel van andere collectieve uitgaven (zie Ter Rele, 2005).

Als de zorguitgaven blijven stijgen zoals in de afgelopen jaren en gelijke zorg voor iedereen blijft bestaan, dan valt niet te ontkomen aan het dilemma tussen enerzijds een ongelijke inkomensverdeling met hoge zorglasten voor mensen met een lage opleiding en anderzijds een groot beroep op solidariteit van de hoger opgeleiden. In het laatste geval zal het arbeidsaanbod en nationaal inkomen echter fors te lijden hebben en uiteindelijk tot wel 5% lager kunnen uitkomen. Deze daling van de werkgelegenheid komt doordat werk minder loont: een uur extra werken levert netto minder op dan zonder de premieverhoging.¹¹ Het huidige beleid probeert hier een middenweg tussen te vinden, maar kruipt daarbij dicht aan tegen het inkomensafhankelijke scenario. Ook bij voortzetting van de huidige mix van nominale en inkomensafhankelijke premies wordt van mensen met een hoge opleiding een grote bijdrage aan de financiering van collectieve zorg gevraagd.

5 Conclusie

Als de sterke groei van de gezondheidszorg zich voortzet, kunnen vraagtekens gezet worden bij de wens om voor iedereen gelijke toegang tot zorg te garanderen. Mensen met een lagere opleiding krijgen meer en betere zorg, maar hun vrij besteedbaar inkomen groeit nauwelijks. Voor mensen met een hogere opleiding neemt het besteedbare inkomen veel sterker toe, zij zijn ook bereid om een groter deel van hun inkomen aan meer en betere zorg te besteden, maar de prijs van de solidariteit is hoog.

Financiering van de collectieve zorg is primair een inkomensvraagstuk. Verhoging van de uniforme (nominale) premies doet een grote aanslag op het vrij besteedbaar inkomen van mensen met basis of vmbo opleiding. Hogere inkomensafhankelijke premies leggen de rekening vooral neer bij mensen met een hogere opleiding en verminderen de werkgelegenheid en economische groei.

Bij het vraagstuk naar de verdeling van de zorg moeten verschillende effecten tegen elkaar afgewogen worden. Allereerst de afweging tussen een collectieve voorziening en individuele voorkeuren. Een collectief, voor iedereen toegankelijk zorgstelsel is een groot goed, een uiting van solidariteit met de zwakkeren in onze samenleving. Dit stelsel beperkt echter de keuzevrijheid van individuele burgers, zowel om minder als om meer aan zorg te besteden. Aan beleidsmakers de keus om af te stappen van een voor iedereen gelijk basispakket, en meer variatie in de zorgverzekering te creëren. Daarnaast is er de afweging tussen herverdeling en economische groei: een grotere mate van herverdeling kan bereikt worden door inkomensafhankelijke premies, maar deze leggen druk op de werkgelegenheid. Aan de beleidsmakers de keus tussen verplichte

¹¹ Het negatieve effect van inkomensafhankelijke belastingen en premies op het arbeidsaanbod is uitgebreid beschreven in CPB Policy Brief *Hoe prikkelbaar zijn Nederlanders* (Jongen e.a., 2011).

solidariteit voor mensen met een hoog inkomen in de vorm van een inkomensafhankelijke premie of mensen meer te laten betalen voor hun eigen zorg.

Literatuur

CPB, 2012a, *Keuzes in Kaart 2013–2017*, CPB Boek 5.

CPB, 2012b, Actualisatie analyse economische effecten financieel kader Regeerakkoord, CPB Notitie, 15 november.

Van der Horst, A., L. Bettendorf, N. Draper, C. van Ewijk, R. de Mooij en H. ter Rele, 2010, *Vergrijzing Verdeeld*, CPB Bijzondere Publicatie 86.

Van der Horst, A., F. van Erp en J. de Jong, 2011, Trends in gezondheid en zorg, CPB Policy Brief 2011/11.

Jongen, E., M. Mastrogiacomo en B. ter Weel, 2011, Hoe prikkelbaar zijn Nederlanders, CPB Policy Brief 2011/14.

Kunst, A., W. Meerdering, N. Varenik, J. Polder en J. Mackenbach, 2007, Sociale verschillen in zorggebruik en zorgkosten in Nederland 2003, RIVM.

Ter Rele, H., 2005, Measuring lifetime redistribution in Dutch collective arrangements, CPB Document 79.

Ter Rele, H. en A. van der Horst, 2013, De prijs van gelijke zorg, Achtergronddocument bij CPB Policy Brief 2013/1

RIVM, 2010, Gezondheid en determinanten, deelrapport van de VTV 2010.

SCP, 2012, VeVeRa-IV, Actualisatie en aanpassing ramingsmodel verpleging en verzorging 2009-2030.

TNO Preventie en Gezondheid, 2002, Gezonde levensverwachting naar sociaal economische status, Leiden.



Dit is een uitgave van:

Centraal Planbureau
Postbus 80510 | 2508 GM Den Haag
T (070) 3383 380

Januari 2013 | ISBN 978-90-5833-577-7

